#### Titolo: Logo Università di Verona

DA COMPILARE A COMPUTER

# PROGETTO FORMATIVO DI TIROCINIO IN REGIONE LOMBARDIA

# AD USO ESCLUSIVO DEI CORSI DI STUDIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

*da trasmettere in PDF a* ***ufficio.stage@ateneo.univr.it*** *almeno 7 giorni lavorativi prima dell’inizio del tirocinio*

N. di riferimento della convenzione Rep. ……….………...… stipulata in data ……………………………..

## Cognome e nome dello/della studente/studentessa ……………………………………………..……..…….

nato/a a ………………….…… il ……………… cod. fiscale …………………..…..…….………………….

residente a …………………………….…(Prov. ……..) in Via …………………..……..……………………n.……

cap. …………………… telefono………………………

e-mail (*SOLO casella di posta istituzionale*) ……………………..……………………………@studenti.univr.it

**Attuale condizione dello/della studente/studentessa**:

matricola VR………………………… - anno accademico di immatricolazione ……..…..

» corso di laurea o laurea magistrale **Scienze Infermieristiche e Ostetriche**

» master ………………….…………………….……………………………………………………………………..

(il master si conclude in data ……………………)

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap )

## Soggetto Promotore

Università degli Studi di Verona

Sede legale: Via dell’Artigliere n. 8 – 37129 Verona

Codice fiscale: 93009870234 - Pat Inail: 12444522/0611

Responsabile della gestione del tirocinio/tutor accademico/a: ……………………………………………….

**Polizze assicurative:**

• Infortuni sul lavoro INAIL - gestione per conto dello Stato

• Responsabilità Civile verso terzi e verso prestatori di lavoro: Axa Assicurazioni Spa m. 412211140

• Polizza Infortuni: UnipolSai Assicurazioni n. 202519116

**Soggetto Ospitante** □ Datore di lavoro pubblico □ Datore di lavoro privato

Denominazione ………………………………………………………………………………….……………….

Sede legale in …………….……………………………………………………………………………………….

Indirizzo……………………………..…………………………………….…….n……… cap..………..(Prov………)

Codice fiscale………………………………………… Partita Iva …………………………………………..

Contratto di lavoro (inserire CCNL applicato) ………………………………………………….

Sede principale di svolgimento del tirocinio (unità operativa/reparto/struttura) ……………..………………….

Indirizzo………………………………………………………..……n…………Cap………….……(Prov…………..)

Responsabile del tirocinio ………………………………..………………………………………….………………..

Telefono………………………………..E-mail …………………………………………………………………….

**Tempi di accesso ai locali aziendali:**

*(da rispettare rigorosamente ai fini assicurativi e di ispezione)*

Durata del tirocinio: n………………..mesi *(massimo 12 mesi)*

Data di inizio ………………………………………… Data di fine …………………………………………………..

n. …………….... giorni la settimana (*il numero massimo di giorni dedicati al tirocinio*)

n. ……………… ore giornaliere (*il numero massimo di ore giornaliere dedicate al tirocinio*)

eventuale sospensione dal ………….…………………… al ..………………….………….……..…

fascia oraria prevista: dalle ore ………. alle ore …..…. – dalle ore…..…..alle ore …..…..

Numero ore totali previste: ………………………………

**Gestione del tirocinio**

**Nome e cognome del/della Tutor accademico/a Dott.ssa LOREDANA FILOSI**

Telefono 0471 067353 e-mail loredana.filosi@claudiana.bz.it

**Nome e cognome del/della Tutor aziendale** ……………………………………………………………………

Telefono e-mail…………………………………………………………….

*Livello di inquadramento: ……………………… Numero anni di esperienza lavorativa… ……*

*Soggetto in possesso di esperienze professionali adeguate al ruolo del/della tutor aziendale sì □ no □*

*Numero tirocinanti curriculari che il/la tutor aziendale sta attualmente seguendo (max 3 tirocinanti) …………*

**Facilitazioni**

(*es. Rimborso spese di partecipazione quali trasporto, vitto, alloggio, eventuali importi massimi, modalità di determinazione, forfettaria o analitica, modalità di erogazione, eventuali condizioni di erogazione, ecc*.)

……………….

**Ambito di inserimento**

(*descrivere brevemente l’ambito aziendale in cui si svolgerà il tirocinio, ad esempio: settore, reparto, ufficio; descrizione di massima delle attività che vengono svolte in tale ambito, ecc.)*

……………………………………………………………………………………………………………………………

**Attività oggetto del tirocinio**

(*descrivere brevemente le attività che saranno affidate al/alla tirocinante*)

Analisi organizzativa del contesto

Affiancamento al tutor aziendale per raggiungimento obiettivi formativi

**Obiettivi formativi e di orientamento**

(*descrivere brevemente gli obiettivi che dovranno essere perseguiti durante il periodo di tirocinio, in termini di competenze e le relative modalità di valutazione*)

*1. Approfondire i criteri, le modalità, le strategie, gli strumenti di programmazione dei servizi sanitari, infermieristici e ostetrici e dello sviluppo organizzativo e professionale*

*2. Analizzare i modelli organizzativi del servizio infermieristico ed ostetrico e le strategie di sviluppo dei livelli di integra-zione con le altre componenti del sistema*

*3. Identificare metodi e strumenti della gestione del personale infermieristico e ostetrico approfondendo gli aspetti di selezione e valutazione delle competenze, delle attitudini, delle conoscenze e del potenziale*

*4. Riconoscere metodi e strumenti di ricerca e valutazione dei risultati gestionali e assistenziali*

*5. Analizzare le strategie del governo clinico e la metodologia del risk management nella gestione dei processi assistenziali*

*6. Comprendere e descrivere i principali processi afferenti alla gestione della formazione di base e continua del persona-le infermieristico e ostetrico*

**Modalità di accertamento degli apprendimenti**

Gli apprendimenti verranno accertati in base a quanto previsto dall’ordinamento didattico dei corsi di studio.

**Compiti e responsabilità del/della tutor accademico/a**

Il/la Tutor è designato/a dall’Università per collaborare con il Tutor del Soggetto ospitante alla stesura del Progetto formativo, per l’organizzazione e il monitoraggio del tirocinio e la redazione dell’attestazione finale.

**Compiti e responsabilità del/della tutor aziendale**

Il/la Tutor è designato/a dal Soggetto ospitante ed è responsabile dell’attuazione del Progetto formativo individuale e dell’inserimento e affiancamento del tirocinante sul luogo di lavoro per tutta la durata del tirocinio, anche aggiornando la documentazione relativa al tirocinio (registri, ecc.). Deve possedere esperienze e competenze professionali adeguate a garantire il raggiungimento degli obiettivi del tirocinio.

**Obblighi del tirocinante**

Con la sottoscrizione del presente Progetto formativo, il/la tirocinante si impegna al rispetto delle seguenti regole nel corso del tirocinio:

* seguire le indicazioni dei tutors e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
* rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti ed ogni altra informazione relativa all'azienda, alla sua organizzazione e ai suoi programmi di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
* rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;
* eseguire i compiti secondo le indicazioni ricevute dal tutor aziendale, nell’ambito di quanto previsto dal presente Progetto formativo;
* richiedere verifiche e autorizzazioni nel caso di rapporti e relazioni con soggetti terzi;
* frequentare gli ambienti aziendali e utilizzare le attrezzature poste a disposizione secondo i tempi e le modalità previste dal presente Progetto e che verranno successivamente fornite in coerenza con questo, rispettando in ogni caso le norme e le prassi aziendali di cui verrà portato a conoscenza.

Inoltre il/la tirocinante dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi della Convenzione sopra richiamata, in caso di proprio comportamento tale da far venir meno le finalità del Progetto formativo, le parti potranno recedere dalla Convenzione stessa e conseguentemente il tirocinio sarà interrotto.

**Obblighi delle parti**

Con la sottoscrizione del presente Progetto formativo il/la tirocinante, il Soggetto promotore e il Soggetto ospitante dichiarano:

* che le informazioni contenuto nel presente Progetto formativo sono rese ai sensi dell’articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e di essere consapevoli delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell’articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;
* di essere consapevoli che il trattamento dei dati personali forniti o raccolti attraverso la compilazione del presente Progetto formativo individuale, è svolto nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 e delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali, esclusivamente per le finalità e secondo le modalità operative disciplinate dalla Convenzione collettiva di tirocinio curricolare in Regione Lombardia sottoscritta tra il Soggetto promotore ed il Soggetto ospitante. L’informativa ex art. 13 del GDPR agli studenti tirocinanti è messa a disposizione dal soggetto promotore su apposita pagina web: https://www.univr.it/privacy.

**Misure per il contenimento dell’epidemia da covid-19: il Soggetto ospitante dichiara di aver adottato un protocollo di sicurezza.**

Per presa visione ed accettazione Luogo e data ………………………………………….

Firma del/della tirocinante ……………..……………....………..…………..…..

Firma del/della tutor accademico/a ……………..…..…..………………………………...

Firma e timbro del/della tutor aziendale ……..…………………….………..………………….